



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

Artrosis de rodilla y preparación para una ATR.
Caso clínico.

Autora: Raquel Salvador Montejano

Directora: Beatriz Sanz Abos

ÍNDICE

RESUMEN	3-4
INTRODUCCIÓN	5-7
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA	10-11
DESARROLLO DEL TRABAJO	
1. Exposición del caso clínicos	12-13
2. Valoración integral	14-15
3. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC	16-17
4. Desarrollo de las actividades	18-19
5. Evaluación	20
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	21
BIBLIOGRAFÍA	22-25
ANEXOS	26-32

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La artrosis es una de las enfermedades más frecuentes en las personas adultas. Su síntoma principal es el dolor, el cual reduce la calidad de vida de las personas llegando a incapacitarlas funcionalmente. Cuando el tratamiento conservador no resulta eficaz se replantea la intervención quirúrgica (ATR). **OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es elaborar un plan de cuidados de enfermería personalizado para una paciente con artrosis y ayudarle a conseguir una mayor calidad de vida ante una ATR. Enfermería debe conocer e identificar los principales síntomas y permanecer junto al paciente en su proceso de la enfermedad para motivarlo a que consiga unas mejores condiciones de vida hasta ser intervenido. **METODOLOGÍA:** :Para la realización del trabajo se ha utilizado como método la búsqueda bibliográfica en bases de datos y búsqueda libre en un motor de búsqueda en Internet. La elaboración de un plan de cuidados individualizado basado en los diagnósticos NANDA. **RESULTADOS:** Los resultados se han observado a largo plazo, habiendo conseguido una gran satisfacción por parte del paciente y por la de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Artrosis; Arthrosis AND Knee replacement; Arthrosis AND nursing care; ATR OR Osteoarthritis treatment.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Osteoarthritis is one of the most common diseases in adults. The main symptom is pain, which reduces people's quality of life, and even disables them. When conservative treatment is not effective, surgery is redefined (ATR). OBJETIVE: The objective of this study is to develop personalized nursing care plan for a patient with osteoarthritis, as well as helping him/her in order to get a better quality of life before an ATR. Nursing should know and identify the main symptoms and remain with the patient in the process of th disease, motivating him/her to get better living conditions until she will be operated. METHODOLOGY:For the accomplishment of the work has been used like method the bibliographic search in databases and free search in an Internet. The development of an individualized care plan based on the NANDA diagnostics. RESULT:Results have been observed long-term, having achieved a great satisfaction on the part of the patient and the nursing team.

KEY WORDS: Artrosis; Arthrosis AND Knee replacement; Arthrosis AND nursing care; ATR OR Osteoarthritis treatment.

INTRODUCCIÓN

La rodilla es uno de los elementos claves para caminar o permanecer de pie. Esta soporta el peso de casi todo el cuerpo durante el movimiento erguido, por ello favorece a la degeneración de dicha articulación (1).

La artrosis u osteoartritis (OA), en su denominación anglosajona, es la enfermedad reumática más frecuente en la población adulta, también conocida como enfermedad degenerativa articular (2,4). Dicha enfermedad se ve influenciada por diferentes factores ambientales, tales como obesidad, traumatismos articulares o factores biomecánicos; que interactúan con múltiples factores genéticos, presentando una heredabilidad en la OA de rodilla, mano, cadera y columna de un 40%, 65%, 60% y 70%, respectivamente(5). Su frecuencia de aparición es directamente proporcional al aumento de la edad de la persona, llegando al punto de que entre un 70-80% de la población mayor de 60 años presenta signos radiológicos de OA en alguna de sus articulaciones (tabla 1); por lo que es un dato que se debe tener en cuenta en una población envejecida como la nuestra. Además, es la principal causa de incapacitación física de la población, sobre todo en mujeres (2:1), de países desarrollados (2,3,4).

Los datos de la incidencia de la OA a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son bastante escasos (6). Evaluándola mediante estudios recientes, se estima que su incidencia en artrosis de las manos es de 100 por cada 100.000 habitantes por año (IC 95% 86-115), en rodillas es de 240 por cada 100.00 habitantes por año (IC 95% 218-262) y en cadera es de 88 por cada 100.000 habitantes por año (IC 95% 75-101) (7,8).

Fisiopatológicamente, se caracteriza por el deterioro del cartílago, la disminución de espacio articular y la pérdida de la potencia muscular (9,10), llevando a la aparición de dolor, síntoma principal de la artrosis, sobre todo de características mecánicas. Este dolor puede llegar a ser constante incluso en reposo, empeorando de forma notable en periodos de ejercicio o actividad física. Además puede presentar otros síntomas como la rigidez tras periodos de inactividad, la crepitación articular, así como el aumento de

su tamaño y la deformación de la misma; debilidad, inestabilidad y sensación de entumecimiento de la región afectada, ya que la degeneración ósea puede ir acompañada de la aparición de osteofitos que comprimen el nervio (11,12,2) (tabla 2). La evolución de la artrosis es lenta y gradual aunque conforme avanza la enfermedad va avanzando de forma más rápida. A pesar de que la clínica sintomatológica difiere entre los pacientes, muchos refieren su manifestación ante cambios de presión o climatológicos (11,13).

Los criterios diagnósticos definitivos de artrosis son la historia clínica, el examen físico y los hallazgos radiológicos (ANEXO 3), aunque pueden aparecer de forma tardía con respecto a los cambios histopatológicos (4).

El tratamiento de la artrosis, en concreto de la OA de rodilla, está basado tanto en medidas farmacológicas como en medidas no farmacológicas (13). Las medidas farmacológicas se emplean para aliviar el dolor mediante su acción analgésica y antiinflamatoria (1, 14); varios estudios clínicos reportan un efecto beneficioso del Condroitin sulfato (CS) ante la disminución del dolor articular y la profundidad del espacio articular. (1,15).

En cuanto a las medidas no farmacológicas, son el pilar fundamental sobre el que se basa un tratamiento de artrosis, abordando primero el ámbito biopsicosocial, ya que son medidas con pocos o ningún efecto secundario (ejercicios de fortalecimiento isométricos e isocinéticos, dieta equilibrada para volver a su peso correspondiente, utilización de agentes físicos como muletas, o rodilleras, vendajes funcionales) mediante la implicación de un equipo multidisciplinar (10, 16, 17). Aparte de esto, existen otras medidas terapéuticas como la visosuplementación con inyecciones de ácido hialurónico que consiguen retrasar la intervención quirúrgica, que en el caso de la OA de rodilla es la artroplastia total de rodilla (ATR) (16,18,19).

La ATR es una cirugía en la que se reemplaza las partes ya sea internas (medias) o externas (laterales) de la rodilla. Durante la cirugía de ATR, se retiran el cartílago y el hueso dañados de la articulación de la

rodilla. Luego se colocan piezas artificiales en las rodillas, llamadas prótesis. Estas piezas se pueden colocar hasta en tres superficies de la articulación: el fémur, la tibia o en el lado posterior de la rótula (patela) (20), que producen un aumento de la funcionalidad y una mejora notable de la calidad de vida del paciente; sin embargo, la vida media del recambio así como su función más fisiológica son las principales preocupaciones de los cirujanos (18, 21).

El papel de enfermería en la artrosis de rodilla es fundamental ya que tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y la funcionalidad de las personas que la padecen (22), sobre todo en Atención Primaria, no solo para facilitar apoyo farmacológico sino también para sensibilizarse con el proceso de la enfermedad, al igual que favorecer y facilitar el autocuidado del paciente. Debe promocionar la salud, motivar y asesorar, ofreciendo las herramientas necesarias para mejorar la calidad de vida, abordando la presencia de dolor crónico, la alteración de la imagen corporal, la autoestima y el deterioro de la movilidad (13, 23,24). Todo esto se debe realizar basándose en el Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado, utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (25), NIC (26), NOC (27)., por lo que se facilita y mejora el registro de todas las actividades de enfermería y se hacen más claras las responsabilidades de los miembros del equipo sanitario.

De esta manera, sistematizamos los cuidados para que así al paciente no le afecten los problemas derivados de la variabilidad en su atención. Y para ello se ha prestado especial atención en la implicación del propio paciente en su recuperación (28). La continuidad de los cuidados es un continuum formado por tres elementos esenciales: personas (pacientes y cuidadores), información (intervenciones cuidadoras / recursos de manejo de la salud) y entornos (hospitales, ser-vicios, unidades, áreas, centros, domicilios, residencias) (29).

JUSTIFICACIÓN

Debido al incremento de la esperanza de vida, la artroplastia de rodilla, es una de las intervenciones que más se realizan hoy día en las unidades de Traumatología, siendo requeridos cuidados por parte de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente y evitar posibles complicaciones. Por lo que es indudable la necesidad de unos cuidados especiales de enfermería.

Todo lo anteriormente expuesto, es la principal razón que me ha llevado a elegir este tema sobre los cuidados necesarios previos a una artroplastia de rodilla en pacientes con artrosis y elaborar un plan de cuidados de enfermería integral y personalizado para mejorar la calidad de vida desde un enfoque biomédico y emocional.

OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar un plan de cuidados de enfermería integral y personalizado en la fase previa a una artroplastia total de rodilla (ATR) en una paciente con artrosis.

ESPECÍFICOS

1. Identificar los problemas y las necesidades de los cuidados de enfermería de la paciente desarrollando actividades encaminadas a la prevención y solución de las mismas.
2. Potenciar y mejorar la calidad de vida y de los cuidados de enfermería, no solo desde un enfoque biomédico, sino también , desde un enfoque biopsicosocial ya que esta intervención se encuentra entre uno de los actos más estresantes para las personas.

METODOLOGÍA

Para la actualización del tema, y en la aplicación de las competencias del Plan de Estudios de Grado de Enfermería de la Universidad de Zaragoza, se ha realizado una revisión bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica de los artículos necesarios se realizó en diferentes bases de datos; con un límite temporal desde el 2007 al 2017, a excepción de un artículo de 1995, y usando estrategias de búsqueda tales como boléanos (AND, OR, NOT) y palabras clave tanto en inglés como en español, en dependencia de la base de datos utilizada.

También se realizó una búsqueda inversa, con recuperación secundaria, analizando la bibliografía de los artículos localizados y de otras revisiones que se consideraron de interés.

Se han utilizado estos artículos, entre otros muchos revisados, porque la información contenida en ellos aporta los conocimientos necesarios, adecuados y actuales sobre este tipo de afección a nivel, tanto hospitalario como domiciliario, facilitando la elaboración de dicho trabajo.

Los estudios no utilizados no han sido incluidos en la revisión.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ENCONTRADOS	SELECCIONADOS
Pubmed	Artrosis	38	1
Sciencedirect	Arthrosis AND Knee replacement	170	5
Google académico	Arthrosis AND nursing care	41	6
Medline	ATR OR Osteoarthritis	23	2
Cuiden	treatment	3	2
Elsevier		31	12
Gaceta sanitaria		1	1

Para la valoración del caso clínico se han seguido los 11 patrones funcionales del modelo de Marjory Gordon que cuentan con planteamientos humanistas, así como visión integral de los procesos vitales que se pueden ver afectados en la salud del paciente permitiendo una realizar una valoración sistemática y premeditada de forma ordenada, lo que facilita el análisis de los mismos patrones. En la elaboración del plan de cuidados personalizado se ha utilizado la taxonomía diagnóstica propuesta por la NANDA , los NOC y los NIC.

<i>AUTOR</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>RESEÑA</i>
Rodrigo L	Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica	9º edición, 2012-2014
Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E	Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados de Salud	5º edición, 2012-2014
Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	6º edición, 2012-2014

DESARROLLO DEL TRABAJO

En este trabajo se ha realizado una valoración de una paciente con artrosis severa de rodilla que está en lista de espera para ser intervenida de una ATR, en la cual se tienen en cuenta tanto sus necesidades fisiológicas como psicológicas, así como la enseñanza que debe recibir para evitar problemas/complicaciones a lo largo de su proceso.

Seguidamente se realizará un plan de cuidados de enfermería personalizado para solventar las necesidades que se han visto afectadas en la valoración previa.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años, casada, convive con su marido de 59 años y sus dos hijas de 21 y 25 años. Tiene dos hermanos mayores que ella. La paciente actualmente es ama de casa aunque ha tenido una carrera profesional bastante variada.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Madre con artrosis que debutó cuando tenía 50 años, cancer de mama con metástasis en huesos y músculos. Fallecida en 2007 por cancer.
- Padre con asma. Fallecido en 2003 por Neumonía y fallo multiorgánico.
- Ambos hermanos tiene artrosis, la mayor localizado, sobre todo, en manos y pies, y el mediano en ambas rodillas.

ANTECEDENTES PERSONALES

Alergia a la penicilina desde el 1966, única vacuna que tiene puesta es la antitetánica, infección de muelas con afectación ósea a los 6 años que le dejó como consecuencia la mandíbula más porosa y débil, malformación congénita hereditaria en mano izquierda, aborto natural a los 34 años, ligadura de trompas a los 36 años, artrosis en ambas rodillas y ambas manos.

MEDICACIÓN ACTUAL

Artilog, Fabroven, Omeprazol, Efferalgan

IQ ANTERIORES

Artroscopia de rodilla derecha en el 2013, infiltración de ácido hialuroónico desde el 2010, infiltración de plaquetas y células madre desde el 2013. Todas realizadas en el servicio de traumatología de Hospital General de la Defensa de Zaragoza.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE MAJORY GORDON

PATRONES FUNCIONALES	VALORACIÓN/ALTERACIONES	ESCALAS DE VALORACIÓN
PERCEPCIÓN DE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Independiente en las actividades diarias aunque el dolor le limita -Fumadora activa -No está vacunada correctamente por alergia a la Penicilina 	<ul style="list-style-type: none"> -Escala Eva -Escala de Karnofsky -Índice de Barthel -Escala de Lawton y Brody
NUTRICIÓN-METABÓLICO	<ul style="list-style-type: none"> -Dieta mediterránea equilibrada -Consumo excesivo/superior de calorías a su VCT -IMC 31.5454, talla 1.69cm, peso 90.100kg -Consumo de líquidos 2.5-3L/día, mucosa y piel hidratada 	
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Continente, tanto urinario como fecal -Normodiuresis -Olor más fuerte y mayor cantidad desde que está con la menopausia 	
ACTIVIDAD-EJERCICIO	<ul style="list-style-type: none"> -Pulsaciones 70-80ppm, TA 130/70 -Patrón respiratorio normal en reposo, presenta fatiga en actividad. -Actividad escasa, limitada por el dolor articular. -Calzado y vestimenta adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de WONCA -Índice de Barthel -Escala de Lawton y Brody
SUEÑO-DESCANSO	<ul style="list-style-type: none"> -Duerme 7 horas nocturnas y 1 hora diurna después de comer -Le cuesta conciliar el sueño, por eso se acuesta a las 3 am aproximadamente. -Sueño profundo y reparador 	
COGNITIVO-PERCEPTUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Consciente y orientada, culta, sabe leer y escribir correctamente. - Memoria conservada, independiente en la toma de decisiones -Calurosa, lleva mal el calor desde hace seis años por un golpe de calor según refiere. 	
AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> -Alteración de la imagen corporal por verse con "kilitos de más" -Temerosa e insegura con respecto a la operación y sus consecuencias. 	<ul style="list-style-type: none"> -Escala de Goldberg
ROL-RELACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Es ama de casa, comparte las tareas del hogar con su marido, al estar jubilado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Test de Apgar familiar.

	<ul style="list-style-type: none"> -Es una paciente muy familiar y activa. -Queda diariamente con sus amigos y familiares. 	
SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Actualmente es una paciente menopáusica. -Ha tenido tres embarazos, uno de ellos finalizó en aborto natural. 	
ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación principal es el dolor articular y la limitación que le supone en ciertos aspectos. -Muestra gran apoyo familiar -No toma medicación 	<ul style="list-style-type: none"> -Escala de Goldberg -Escala Eva -Escala de karnofsky -Escala de Lawton y Brody
VALORES- CREENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> -Católica no practicante. 	

DIAGNÓSTICOS NANDA, NOC Y NIC

NANDA	NOC/INDICADORES	NIC/ACTIVIDADES
Desequilibrio nutricional por exceso (00001) r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p IMC superior a 30	<p>-Motivación (1209)</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrolla un plan de acción (120902) <p>-Control de peso (1612)</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica (161203) <p>-Conducta de pérdida de peso (1627)</p> <ul style="list-style-type: none"> Establece una rutina de ejercicio Controla la ración de alimentos Controla el peso corporal <p>-Conocimiento: dieta (1802)</p> <ul style="list-style-type: none"> Descripción de la dieta recomendada (180201) Establecimiento de objetivos para la dieta (180204) 	<p>-Monitorización nutricional (1160)</p> <ul style="list-style-type: none"> Pesar <p>-Asesoramiento nutricional (5246)</p> <ul style="list-style-type: none"> Enseñanza: dieta prescrita (5614) <p>-Ayuda para disminuir el peso (1280)</p> <ul style="list-style-type: none"> Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente Establece un plan realista con que paciente que incluya la disminución de la ingesta Pesar al paciente cada dos semanas
Deterioro de la movilidad física (00085) r/c deterioro musculoesquelético y dolor m/p limitación de la amplitud de movimientos	<p>-Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> Movimientos articulares (020804) Se mueve con facilidad (020814) <p>-Rendimiento de los mecanismos corporales (1616)</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtiene ayuda con la carga pesada (161608) Utiliza la mecánica corporal adecuada (161615) <p>-Movimiento articular : rodilla (0217)</p> <ul style="list-style-type: none"> Extensión 0° (021704) Flexión de 130° (021705) Hiperextensión de 15° (021706) 	<p>-Fomento del movimiento (0200)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo (020003) Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina (020004) <p>-Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)</p> <ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad (561216) Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento y la importancia de tal acción (561207)

<p>Trastorno de la imagen corporal (00118) r/c enfermedad física m/p ansiedad y expresiones que reflejan una alteración de la visión de su propio cuerpo</p>	<p>-Autoestima (1205)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del peso • Potenciación de la autoestima <p>-Nivel de ansiedad (1211)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Ansiedad verbalizada <p>-Imagen corporal (1200)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Manejo del dolor • Potenciación de la imagen corporal 	<p>-Potenciación de la imagen corporal (5220)</p> <p>-Potenciación de la autoestima (5400)</p> <p>-Apoyo emocional (5270)</p> <p>-Disminución de la ansiedad (5820)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
<p>Dolor crónico (00133) r/c incapacidad física crónica m/p informes verbales de dolor</p>	<p>-Control del dolor (1605)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar medidas de alivio no analgésicas (160504) • Utilizar los recursos disponibles (160508) <p>-Nivel del dolor (2102)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor referido (210201) <p>-Dolor: respuesta psicológica adversa (1306)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angustia por el dolor (130605) 	<p>-Terapia de ejercicios: control muscular (0226)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad (022609) <p>-Manejo del dolor (1400)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia (140002) • Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes (140004) <p>-Administración de analgésicos (2210)</p> <p>-Vigilancia (6650)</p>

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA ARTROSIS

CONSULTA	TIEMPO	ACTIVIDADES
1ª consulta enfermería	Primer día	<p>-Entrevista inicial, junto a la valoración tanto física como psicológica evaluado mediante los patrones funcionales de Majory Gordon y diferentes escalas de valoración (Eva, karnofsky, Lawton y Brody, Golbert y Apgar familiar)</p> <ul style="list-style-type: none"> Eva: 7-8 Karnofsky: 90 Lawton y brody: 8 Golberg: 4(ansiedad), 3 (depresión) Apgar familiar: 9 <p>-Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA)</p> <p>-Manejo de la dieta: se le manda que realice un diario dietético.</p>
2ª consulta enfermería	<p>7 días</p> <p><u>Dx de enfermería</u></p> <p>-Desequilibrio nutricional por exceso</p> <p>-Deterioro de la movilidad</p> <p>-Trastorno de la imagen corporal</p>	<p>-Valoración de fisioterapeuta (anexo 4)</p> <p>-Entrevista dietética (anexo 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> Se le adapta una dieta hipocalórica (Kcal) Calcular peso "ideal" y marcar diferentes objetivos a largo plazo desarrollados junto a la paciente. <p>-Manejo del peso</p> <p>-Terapia de ejercicios (determinados junto al fisioterapeuta)</p> <p>-Fomentar los mecanismo corporales</p> <p>-Fomentar el afrontamiento de la enfermedad</p>
3ª consulta enfermería	<p>30 días (1º mes)</p> <p><u>Dx de enfermería</u></p> <p>-Dolor crónico</p> <p>-Deterioro de la movilidad</p> <p>-Desequilibrio nutricional por exceso</p>	<p>-Revisar el cumplimiento de las intervenciones anteriores, si fuese necesario, se modificarían o reforzarían.</p> <p>-Manejo y control del peso</p> <p>-Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA)</p> <p>-Control del dolor</p>
4ª consulta enfermería	<p>45 días</p> <p><u>Dx de enfermería</u></p> <p>-Desequilibrio nutricional por exceso</p>	<p>-Manejo y control del peso</p> <p>-Revisión de las intervenciones anteriores</p>

CONSULTA	TIEMPO	ACTIVIDADES
5ª consulta enfermería	60 días (2ºmes) <u>Dx de enfermería</u> -Desequilibrio nutricional por exceso -Dolor crónico	-Manejo y control del peso -Escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I) -Escala de impresión de mejoría global del clínico (CGI-I) -Revisión de las intervenciones anteriores -Control del dolor
6ª consulta enfermería	90 días (3ºmes) <u>Dx de enfermería</u> -Deterioro de la movilidad -Dolor crónico -Desequilibrio nutricional por exceso -Trastorno de la imagen corporal	-Manejo y control del peso -Evaluación de la terapia de ejercicios y avances físicos de la paciente -Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA) -Revisión, refuerzo o modificación de las intervenciones de los anteriores meses -Control del dolor

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Los objetivos planteados con la paciente se lograron en un 70%. En los diagnósticos de Desequilibrio nutricional por exceso y Deterioro de la movilidad se valoró el estilo de vida que llevaba y sus limitaciones debido a su enfermedad y así reorientarla hacia una dieta equilibrada hipocalórica con una menor ingesta de alimentos pero mayor frecuencia de estas, con la importancia de combinarlo con una rutina de ejercicios adaptada a su posibilidades. Se establecieron dos objetivos, uno a medio plazo y otro a más largo plazo. El primero era la pérdida de 5 Kg y una vez cumplido este pasar al segundo, que era la pérdida de peso de 10 kg del peso inicial.

En cuanto a esto, la paciente refiere que le ha sido complicado el cambiar los "vicios" que tenía previos pero, que al conocer los beneficios que le aportaba, su motivación y propósito de realización aumentaba conforme iba viendo resultados. La paciente, hasta el día de hoy, ha cumplido el primer objetivo.

En el diagnóstico de Trastorno de la imagen corporal, la paciente se encuentra con mejor ánimo y una autoestima más alta, ya que ve el progreso de los resultados, además de verse mejor físicamente. Para continuar con el avance, seguirá expresando sus sentimientos y preocupaciones a su marido y sus hijas en vez de guardárselo en la "sesión familiar" acordada, así como continuará con la dieta y la rutina de ejercicios para seguir con el proceso de los cuidados marcados en un principio.

Por último, en cuanto al diagnóstico de Dolor, se expuso la importancia de valorarlo diariamente y compara los picos de mayor dolor y menor dolor a lo largo del día. La paciente refiere la disminución de este a raíz de aumentar la musculatura de la pierna, gracias a los ejercicios pautados. Además, ella toma la medicación adecuadamente. En cuanto a esto, continuará tomando la medicación correspondiente y mantendrá un manejo del dolor adecuado combinando ejercicio, masajes y medicación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL

Al iniciar la primera consulta se le pasa a la paciente un cuestionario de COOP-WONCA para valorar su estado conforme a la artrosis.

Esta ha sido la primera actividad que he realizado al iniciar la exploración de mi paciente.

EVALUACIÓN FINAL

1. Evaluación de la estructura: Recursos físicos, humanos y financieros

a. ¿Cuál es su opinión sobre la cantidad y calidad de los medios físicos empleados?

b. ¿Qué opinas sobre la labor de los especialistas?

c. ¿Crees que ha sido adecuado y suficiente el número de trabajadores que han participado?

d. ¿Crees que el dinero invertido ha sido suficiente?

e. ¿Introduciría algún cambio para futuras sesiones con el fin de mejorar la elección de recursos?

2. Evaluación del proceso: Servicios producidos y utilizados

a. ¿Crees que ha sido productivo?

b. ¿Crees que ha sido interesante?

c. ¿Te sientes satisfecho con el plan de cuidados de enfermería?

d. ¿Se han cumplido las expectativas previstas?

3. Evaluación del resultado: La paciente desarrolla un cuestionario final (COOP-WONCA), PGI-I y PCI-I.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monfort, J., Pujol, J. et al. Efectos del condroitín sulfato sobre la respuesta cerebral a la estimulación dolorosa en pacientes con artrosis de rodilla. Estudio de resonancia magnética funcional aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. *Med clin (bar)*. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.036>
- 2.- Eduardo Wainstein, G . Patogénesis de la artrosis. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 2014; 25(5), 723–727. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70098-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70098-7)
- 3.- Benito Ruiz, P., & Carmona Ortells, L. (Eds.). (n.d.). Capítulo 1 Epidemiología de la artrosis. In *Epidemiología* (p. 17). España.
- 4.- Gatica H, Gutiérrez M, Riedemann P et. Al. Guía clínica. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada. Santiago, Edition: Junio, 2007, Publisher: Octubre, 2009 (pp. 37). Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/a01c4b10a7c5219ae04001011f017145.pdf
- 5.- Rodríguez-Fontenla, C., & González, A. Genética de la artrosis. *Reumatología Clínica*, 2015; 11(1), 33–40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.05.004>
- 6.- Comas, M., Sala, M., Román, R., Hoffmeister, L., & Castells, X. Variaciones en la estimación de la prevalencia de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos utilizados en los estudios poblacionales. *Gaceta Sanitaria*, 2010; 24(1), 28–32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.002>
- 7.- Oliveria SA, Felson DT, Reed JL et al. Incidence of symptomatic hand, hip and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum* 1995; 38:1134-1141. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7639811>

- 8.- Val Jiménez CL, et al. Situación funcional, autopercepción de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. *Aten Primaria*. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.002>
- 9.- Cano Montoro JG, Cases Gomez I. Artrósís, Guía de Actuación Clínica en AP [Monografía en internet]. Valencia: Consellería de Sanitat. Disponible en: www.san.gva.es/docs/dac/guiasap04artrosis.pdf
- 10.- Negrin R. Olavarría, F. *Exercise and arthrosis*. REV. MED. CLIN. CONDES. 2014; 25(5) 805-811. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-linkresolver-artrosis-ejercicio-fisico-S0716864014701117>
- 11.- Perez Martín, A. Clínica. Localizaciones: rodilla, cadera, manos, columna, otras localizaciones. *Aten Primaria*. 2014; 46 Supl 1:11-17. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-clinica-localizaciones-rodilla-cadera-manos-S0212656714700381>
- 12.- Moguel M, Morgado I, Pérez AC, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2005; 12(5): 289-302.
13. Hernández, A., Tutor, L., Aznar, T., & Calificación, C. *Artrosis y planes de cuidados de Enfermería*. 2011
- 14.- Reolid Martínez, R., Matos Berroa, S., Ayuso Raya, M. C., de los Santos Berrido, E., Castro Hurtado, S., Arias Alaminos, M., & Escobar Rabadán, F. Capacidad funcional, características del dolor y tratamiento farmacológico en pacientes con artrosis de rodilla. *Rehabilitación*, 2014; 48(4), 226-231. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2014.03.001>
- 15.- Sánchez, L. J., Arias Moya, M. Á., & Castro, V. A. Evidencias y recomendaciones actuales sobre el tratamiento de la artrosis. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 2015; 22(8), 423-431. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.03.026>

- 16.- Vargas Negrín, F. Medina Abellán, MD. Hermosa Hernan, JC. De Felipe Medina, R. . Tratamiento del paciente con artrosis | Atención Primaria. *Aten. Primaria*, 2014; 46(1), 39–61. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-tratamiento-del-paciente-con-artrosis-S0212656714700435>
- 17.- Rosa, U. H., Velásquez Tlapanco, J., Lara Maya, C., Villarreal Ríos, E., Martínez González, L., Vargas Daza, E. R., & Galicia Rodríguez, L. Comparación de la eficacia ejercicio terapéutico isocinético vs isométrico en pacientes con artrosis de rodilla. *Reumatología Clínica*, 2012; 8(1), 10–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.08.001>
- 18.- Rongen, J. J., Rovers, M. M., van Tienen, T. G., Buma, P., & Hannink, G. Increased risk for knee replacement surgery after arthroscopic surgery for degenerative meniscal tears: a multi-center longitudinal observational study using data from the osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2017; 25(1), 23–29. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.09.013>
- 19.- Romero Jurado, M., Fidalgo, A. E., Rodríguez Villar, V., Medina, J. M., Na, B., & López, S . Factores que influyen sobre el tiempo hasta la necesidad de intervenir un paciente en la lista de espera para prótesis de rodilla Factors related with the time to surgery in waiting-list patients for knee prostheses. *Neurología*, 2013; 9(3), 148–155. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2012.09.003>
- 20.- C. B. Ma, MD, Assistant Professor, Chief, Sports Medicine and Shoulder-Service, UCSF Dept of Orthopaedic Surgery.. “Reemplazo de la articulación de la rodilla”. Medline Plus. Biblioteca Nacional de Medicina de E.E.U.U. Actualizado por última vez el 22/9/2011
- 21.- Carbó-Laso, E., Sanz-Ruiz, P., Quevedo-Narciso, T., Quiroga-Montes, L., Benito-Gallo, M., & Vaquero-Martín, J. Resultados clínicos y funcionales de la artroplastia total de rodilla Low Contact Stress (LCS®) con un mínimo de 5 años de seguimiento. *Revista Latinoamericana de*

- Cirugía Ortopédica*, 2016; 1(1), 3-8. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rslaot.2016.06.001>
- 22.- El papel de enfermería en las enfermedades reumáticas. (n.d.). Retrieved March 12, 2017, Disponible en:
[http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/enfermedades reumaticas/El papel de la enfermera en laas enfermedades reumáticas.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/enfermedades_reumaticas/El_papel_de_la_enfermera_en_laas_enfermedades_reumaticas.pdf)
- 23.- Artrosis de rodilla y cadera. *Procesos Asistenciales Integrados*, 1-4. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/artrosis/arc_cuidados.pdf
- 24.- María, E., Bravo, G., Espinosa, G. C., Sanjuan Quiles, Á., Mario, J., Santamaría, D. Riera, M. La atención al paciente geriátrico con artrosis desde Atención Primaria. Propuestas de intervención. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria @BULLET*, 4(1). Disponible en:
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/34256/1/2011_Gabaldon_et al_RIEC.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/34256/1/2011_Gabaldon_et_al_RIEC.pdf)
- 25.-Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.21.
- 26.- Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009
- 27.- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier 2009.
- 28.-Bustos López R. et al. Plan de cuidados estándar de Enfermería en artroplastia de rodilla. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Publicado: 18/07/2011 Revista electrónica de portalesmedicos.com
- 29.- Gómez M C. Proceso enfermero en el área quirúrgica. Evidentia enmar 2010 Vol. 7, n.29

ANEXOS

TABLA 1. GRADOS DE ARTROSIS RADIOLÓGICA

Tabla 1-1. Grados de artrosis radiológica, modificado del atlas de Kellgren and Lawrence⁶
Generalmente se considera artrosis para estudios epidemiológicos a partir del grado 2

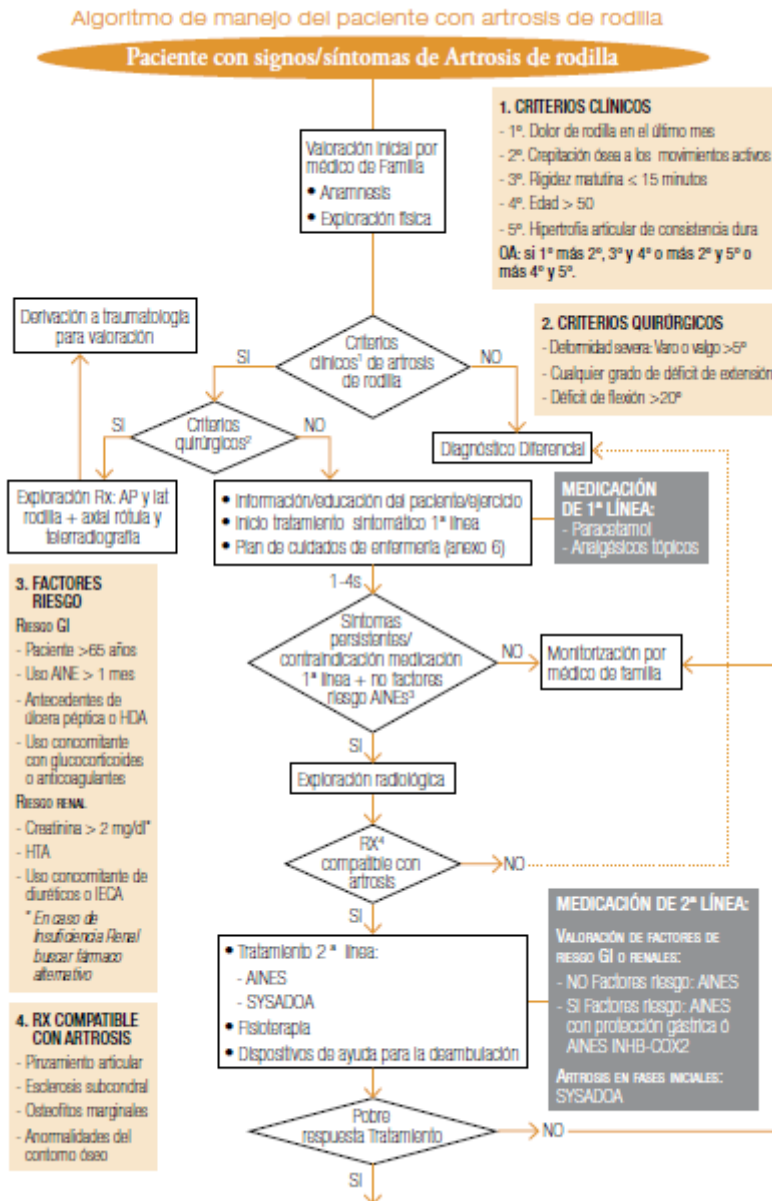
Grado	Descripción
0	Ausencia de osteofitos
1	Osteofitos dudosos
2	Osteofitos mínimos, posiblemente con pinzamiento, quistes y esclerosis
3	Osteofitos moderados o claros, con pinzamiento moderado de la interlínea
4	Artrosis severa, con grandes osteofitos y claro pinzamiento de la interlínea

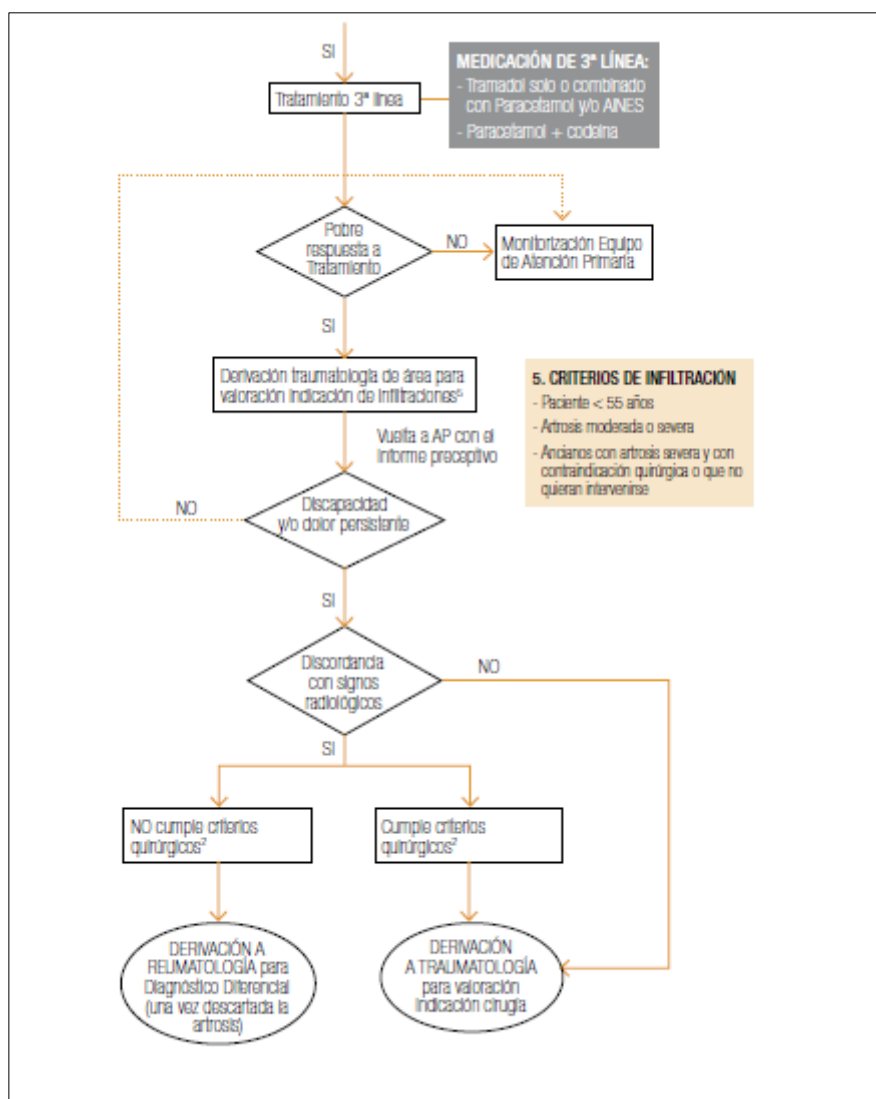
TABLA 2. PROBLEMAS REPORTADOS POR PACIENTES ADULTOS CON ARTROSIS

FÍSICOS
Comorbilidad cardiovascular y otras
Disminución del rango de movilidad articular
Dificultad en actividades de la vida diaria
Alteración del balance en bipedestación
Pérdida propiocepción
Inhibición de reflejos extensores a nivel de rodilla
Mal alineamiento e inestabilidad articular
Atrofia muscular y disminución de la fuerza y resistencia
Obesidad o sobrepeso
Dolor, aumento de volumen y rigidez articular
MENTALES Y EMOCIONALES
Depresión y/o ansiedad
Disminución de la vitalidad
Alteraciones del sueño
FUNCIONALES
Limitaciones ocupacionales, sociales y recreativas
Disminución de la capacidad de trabajo

Fuente: Marks, R. Knee Osteoarthritis and Exercise Adherence: A Review Current Aging Science, 2012, 5, 72-83 1874-6128/12.

ANEXO 3. ALGORITMO DEL MANEJO DE UN PACIENTE ARTRÓDICO





ANEXO 4. VALORACIÓN DEL FISIOTERAPEUTA

Paciente de 56 años con gonartrosis bilateral, a la exploración se observa atrofia muscular del cuádriceps e Isquiotibiales. Refiere dolor en la rodilla durante la flexo-extensión activa de dicha articulación, incluso también síntomas en las articulaciones de la cadera. Se le da un 3 en la escala Daniels en cuanto a cuádriceps e isquiotibiales y un 2 a la musculatura glútea y al tensor de la fascia lata.

En cuanto a la movilidad activa y pasiva de la rodilla y la cadera, se obtiene mediante goniometría los siguientes parámetros:

Movimientos	Rodilla Derecha		Rodilla izquierda		Cadera derecha		Cadera izquierda	
	Activo	Pasivo	Activo	Pasivo	Activo	Pasivo	Activo	Pasivo
Flexión	110	120	105	125	100	125	105	120
Extensión	+5	0	0	0	10	20	5	16
Abducción	-	-	-	-	15	25	15	27
Aducción	-	-	-	-	15	25	18	27
Rotación Externa	-	-	-	-	25	35	27	38
Rotación interna	-	-	-	-	20	35	25	30

En ambas rodillas se observa una sensación terminal vacía debido al dolor, por ello no se puede aumentar la ROM en ambas articulaciones. Además el juego articular de ambas articulaciones está alterado; tanto en cantidad como calidad de movimiento. El paciente refiere dolor a la compresión de la articulación femorotibial, en cambio la tracción disminuye los síntomas en las rodillas. Respecto a la movilidad de la articulación rotuliana; se detecta mala movilidad al movimiento pasivo, con crepitaciones y ciertos chasquidos, sobre todo a la flexión de las rodillas.

Se hallan puntos gatillos activos en el tensor de la fascia lata, con síntomas en la cara lateral de ambas rodillas; en el sartorio, vasto externo (en el tercio medio), recto anterior del cuádriceps y aductor largo entre otros.

Además se encuentran acortados ciertos músculos como el tensor de la fascia lata (test de Ober 3° por encima de la horizontal), recto anterior del cuádriceps (test de ely y test de Thomson) y bíceps femoral.

No existe una correcta movilidad entre los tabiques musculares, y siendo muy sintomáticos la movilidad transversal entre bíceps femoral y

tensor de la fascia lata; y vasto externo y tensor de la fascia lata. El paciente refiere dolor en la cara lateral de la rodilla.

ANEXO 5. ENTREVISTA DIETÉTICA

Nombre: A.I

Apellidos: M.M

Fecha de nacimiento: 11/05/1960

Alergias alimentarias: Reacción a alguna seta, en especial a la macrolepiota.

Intolerancias alimentarias: NC

Antecedentes familiares

Obesidad NO

Diabetes NO

Hipertensión NO

Hipercolesterolemia NO

Hipertrigliceridemia NO

Número de ingestas

Desayuno, Comida, Cena

Ha llevado alguna dieta especial? Si **Cuántas:** 2 (22,50)
tiempo: 6m

Motivo: Perder peso

Resultado: Efectivo, la segunda tuvo la paciente recuperación de los kilos perdidos en el mismo tiempo que le costó perderlos.

¿Usa medicación para bajar de peso? NO

Actividad física:

Muy ligera

Tipo: caminar **frecuencia:** diaria **duración:** media hora.

Consumo (frecuencia y cantidad):

Tabaco: Diario, un paquete **alcohol:** Una cerveza diaria **café:** diario, 3 cafés/día

ESTILO DE VIDA

Cuántas comidas realiza al día: 3 en casa

Quién prepara sus alimentos: ella misma.

Alimentos preferidos: Ninguna preferencia

Alimentos que no le agradan: Callos, minudencias y comida poco hecha.

Alimentos que le causa malestar: Setas

A qué hora tiene más hambre: al medio día

Toma suplementos: no

Sal de adición: no

Tipo de grasa que utiliza para cocinar:

Aceite

Consumo de agua: 3l

Consumo de bebidas al día (leche, caldo, sopa...) Agua, zumo, leche, café, una cerveza.

Su número de ingestas varía según su estado de ánimo: No

Que alimentos consume en ese caso:

Va con regularidad al baño: si

Suplementos de fibra: no

TAMAÑO DE LAS RACIONES

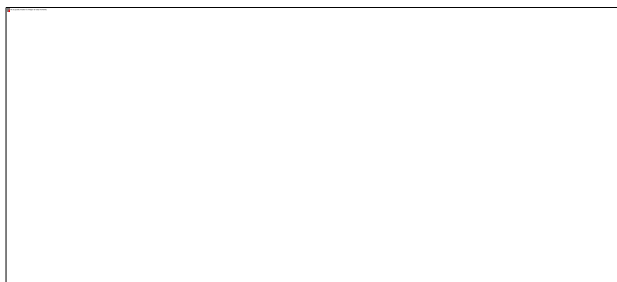


Imagen de la izquierda.

Tipo de cocción empleada con mayor frecuencia:

Horno, plancha